

بررسی مقایسه ای میزان همدلی دانشجویان ایرانی سال اول و سال آخر پزشکی بر اساس پرسشنامه جفرسون

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه: ارتباط بیشتر پزشک و بیمار و درک متقابل، همراه با نتایج مثبتی مانند ایجاد انگیزه در بیماران برای پیگیری دقیق دستورات، افزایش کیفیت مراقبت و درمان و نیز بهبود پیامدهای بیماران و کاهش هزینه‌های مراقبتی است. همچنین رویکرد همدلانه منجر به افزایش شایستگی بالینی، رضایت حرفه‌ای، افزایش دقت و احساس موفقیت در درمان، کاهش خطاهای عملکردی و عدول از حقوق حرفه‌ای و صلاحیت بالینی پزشکان میگردد. این مطالعه با هدف بررسی ارتقا مهارت همدلی در دانشجویان پزشکی و پاسخ این سوال است که آیا دانشجویان پزشکی در طی دوران تحصیل دچار بی‌دردی عاطفی میشوند؟

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی تمام دانشجویان سال اول و آخر پزشکی در سال ۱۴۰۱ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی مشهد انجام شد. ابزار مطالعه نسخه استاندارد شده فارسی پرسشنامه همدلی جفرسون بود که شامل ۲۰ سوال در مقیاس لیکرت و امتیاز ۲۰-۱۰۰ است. داده‌های پرسشنامه‌ها پس از تکمیل با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در این مطالعه ۱۸۰ دانشجوی پزشکی سال اول و آخر بررسی شدند. میانگین نمره همدلی در دانشجویان سال اول $75/71 \pm 8/1$ و در دانشجویان سال آخر $70/73 \pm 9/09$ به دست آمد که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار می‌باشد ($u=275.5$, $P\text{-Value}<0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد همدلی دانشجویان پزشکی در انتهای دوره تحصیل کاهش می‌یابد و توسعه همدلی در برنامه‌های آموزشی باید مد نظر برنامه‌ریزان آموزش پزشکی قرار گرفته و سیستم‌های حمایت دانشجوی و بهداشت روانی مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: همدلی، دانشجوی پزشکی، سال آخر، پرسشنامه جفرسون

مهرانه ساقی^۱

ناصر سنجر موسوی^۲

علی بخشی بجهستانی^۳

آرزو فرج پور^{۴*}

^۱ رزیدنت قلب، گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استادیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

^۳ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

^۴ استادیار، گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

Email: ar.farajpour@gmail.com

مقدمه

از شاخصه‌های مهم برقراری ارتباط با دیگران، توانایی درک طرف مقابل و ایجاد دیدگاه همدلانه است. مفهوم همدلی نوع خاصی از ارتباط همدلانه است که در آن، درمانگر احساسات و وضعیت بیمار را درک و بیمار، درک درمانگر را دریافت می‌کند. به عبارت دیگر، توانایی تجربه و درک آنچه بیمار احساس می‌کند و درمانگر در آن شریک می‌شود را همدلی گویند که می‌تواند در تعاملات بین فردی نقش بنیادی داشته باشد. همدلی موثرترین جزء یک ارتباط خوب است. در واقع همدلی راه میانبری را برای ایجاد ارتباط با دیگران فراهم می‌کند و افزون بر آن کیفیت رابطه را نیز بهبود می‌دهد. همدلی به عنوان یک بخش مهم در علوم پزشکی یاد می‌شود که باعث افزایش رضایت مندی بیماران و تشخیص و درمان موثرتر می‌گردد (۱). همچنین نشان داده شده است که رویکرد همدلانه در محیط‌های بالینی می‌تواند منجر به افزایش شایستگی بالینی، رضایت حرفه ای، افزایش دقت و احساس موفقیت در درمان شود (۲). مطالعات نشان داده است که در مدل‌های مراقبتی و درمانی که در آن پزشک و بیمار ارتباط بیشتر و درک متقابلی از یکدیگر دارند، نتایج مثبتی مانند ایجاد انگیزه در بیماران برای پیگیری دقیق دستورات، افزایش کیفیت مراقبت و درمان بیماران و نیز بهبود پیامدهای بیماران به وجود آمده، به علاوه هزینه‌های مراقبتی نیز کاهش یافته است (۳). مطالعات نشان داده اند که رویکرد همدلانه در محیط بالینی می‌تواند منجر به افزایش شایستگی بالینی، رضایت حرفه ای، افزایش دقت و احساس موفقیت در درمان، کاهش خطاهای عملکردی و عدول از حقوق حرفه ای و صلاحیت بالینی پزشکان گردد. همچنین روابط همدلانه همانند مانعی در برابر استرس‌های شغلی که پزشکان با آن رو به رو هستند، عمل می‌کنند (۲, ۴). پزشکان با همدلی بیشتر، شایستگی بیشتری در گرفتن شرح حال و نیازسنجی، انجام معاینات بالینی و ارائه دستورات درمانی و جلب همکاری بیماران خود پیدا می‌کنند. به دلیل بهبود کیفیت اطلاعات به دست آمده از بیمار، تشخیص آنان صحیح تر و دقیق تر است و کمتر دچار خطاهای عملکردی، عدول از حقوق

حرفه ای و قصور پزشکی میشوند (۵, ۶). این در حالی است که کمبود یا فقدان ارتباط همدلانه در روابط میان پزشک و بیمار ممکن است باعث اختلال در فرآیندهای تشخیص، درمان و مراقبت شود (۷) و این امر می‌تواند سبب نارضایتی بیماران از روند درمان شده، به گونه ای که به توصیه‌های درمانی و مراقبتی کمتر توجه و عمل کنند. همچنین این بیماران به احتمال بیشتری تصمیم به تغییر پزشک یا مرکز درمانی می‌گیرند (۸ و ۹). انجمن آموزش در علوم پزشکی آمریکا توصیه نموده است که دانشکده‌های علوم پزشکی باید دانشجویان گروه پزشکی را به گونه ای آموزش دهند که سبب افزایش میزان همدلی با بیمار در آنان شود. همچنین دیدگاه بیمار و احساسات و ادراکات آنها را بشناسند و به زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مذهبی و زبان آنها توجه جدی کنند. در دهه اخیر، پژوهشگران با توجه به پیشرفت پزشکی این سؤالات را مطرح کرده اند که آیا دانشجویان پزشکی در طی دوران تحصیل دچار بی دردی احساسی و عاطفی میشوند و آیا فارغ التحصیلان پزشکی سخت دل تر میشوند؟ (۹ و ۱۰) با توجه به اینکه مطالعات انجام شده در سطح کشور ایران و سایر کشورها میزان همدلی دانشجویان را در سال‌های تحصیل مختلف و در رشته‌های مختلف متفاوت بیان کرده اند (۱۱-۱۳) این مطالعه با هدف مقایسه همدلی بین دانشجویان ایرانی سال اول و سال آخر پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی مشهد در سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد تا با دست یابی به الگوی همدلی در بین دانشجویان، برنامه ریزی جهت بهبود شرایط برای ایجاد ساختارهایی که زمینه همدلی را در سیستم آموزشی افزایش میدهند، فراهم آورد.

روش کار

این مطالعه مقطعی- تحلیلی بر روی تمام دانشجویان شاغل به تحصیل در سال اول و آخر رشته پزشکی در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد. معیارهای ورود شامل شاغل به تحصیل در سال اول یا آخر رشته پزشکی و رضایت جهت شرکت در مطالعه و معیارهای حذف مشتمل بر سابقه تحصیل قبلی در یکی از رشته‌های علوم پزشکی، ملیت غیر ایرانی، تکمیل ناقص پرسشنامه

نرمال بودن از روش های پارامتری مناسب مانند آزمون استیودنت و آنالیز واریانس استفاده شده و در صورت نرمال نبودن از آزمون من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شده است. نرم افزار مورد استفاده در این پژوهش IBM-SPSS v.25 بوده و سطح معنی داری آزمون ها کمتر از ۰.۰۵٪ در نظر گرفته شده است. در این مطالعه کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و حفظ محرمانگی اطلاعات رعایت شده است و دارای مجوز کمیته اخلاق با کد IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1400.008 می باشد.

نتایج

در این مطالعه ۱۸۰ دانشجویان سال اول و سال آخر پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی مشهد در سال های ۱۴۰۱-۱۴۰۰، مورد بررسی قرار گرفتند. در این تعداد ۱۰۰ دانشجوی سال اول پزشکی با میانگین سنی $1/19 \pm 20/11$ و دامنه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال که ۶۸ درصد مونث و ۳۲ درصد مذکر بودند و تعداد ۸۰ دانشجوی سال آخر با میانگین سنی $1/17 \pm 26/02$ و دامنه سنی ۲۴ تا ۳۰ سال که ۹۲/۵ درصد مونث و ۷/۵ درصد مذکر بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین نمره همدلی در دانشجویان سال اول $75/71 \pm 8/1$ و در دانشجویان سال آخر $9/09 \pm 70/73$ به دست آمد که از نظر آماری این اختلاف معنی دار می باشد ($P < 0/001$ ، $u=275.5$). با توجه به نرمال نبودن داده ها از آزمون من ویتنی استفاده شد. بین میانگین نمره همدلی با سن، جنس، تاهل در دانشجویان سال اول تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد و البته میانگین نمره همدلی بر اساس این متغیرها در دانشجویان سال آخر هم تفاوتی نداشت. اما مطالعه ارتباط میانگین نمره همدلی دانشجویان سال اول و آخر بر حسب متغیرهای دموگرافیک نشان داد میانگین نمره همدلی به طور معنی داری در زنان و مردان، در مجردین کاهش می یابد؛ داده های آماری در جدول ۱ نشان داده شده است.

بود. ابزار جمع آوری اطلاعات، نسخه فارسی پرسشنامه همدلی جفرسون بود. پرسشنامه همدلی جفرسون مخصوص پزشکان است که مشتمل بر ۲۰ پرسش است و پاسخ ها بر مبنای لیکرت بوده و مجموع نمره افراد بین ۲۰-۱۰۰ است و هرچه مجموع نمرات افراد بیشتر باشد، نشانه آن است که همدلی با بیمار در فرد بیشتر است. این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ توسط پی بادی و همکاران طراحی شد و مشتمل بر ۹۰ آیتم بود که بر اساس بررسی متون و تجارب روانپزشکی مطرح شده بود. در سال ۱۹۸۷ جفرسون و همکاران فرمی از پرسشنامه را با ۴۵ آیتم ارائه کردند و در سال ۱۹۹۵ پرسشنامه جفرسون توسط گروهی از محققان دانشگاه توماس جفرسون به سرپرستی حجت مورد بازبینی قرار گرفت و پرسشنامه نهایی با ۲۰ آیتم توسط این گروه طراحی شد و در حال حاضر معتبر ترین پرسشنامه در زمینه همدلی با بیمار شناخته می شود. متن انگلیسی این پرسشنامه با روش مستقیم- معکوس به فارسی ترجمه شد و مریم سادات هاشمی پور و کرمی در سال ۱۳۹۰ به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه بر روی ۳۰ دانشجوی دندانپزشکی و پزشکی پرداختند و ضریب آلفای این پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ گزارش گردید و ضریب ICC^۱ در ارزیابی مجدد آزمون برابر با ۰/۸۲ محاسبه شد (۱۴). علاوه بر آن اطلاعات دموگرافیک دانشجویان مورد مطالعه بوسیله چک لیست جمع آوری گردید. این پرسشنامه در اختیار دانشجویان قرار گرفت و از آن جایی که مطلوب بود دانشجویان به کلیه سوالات پرسشنامه ها به طور کامل پاسخ دهند تا در نتیجه گیری نهایی بتوان از پاسخ های آنها استفاده کرد؛ به همین جهت به دانشجویان یک روز مهلت داده شد تا وقت کافی جهت مطالعه ی دقیق سوالات و پاسخ دهی کامل به همه ی آنها را داشته باشند. سپس پرسشنامه ی های تکمیل شده تمامی افراد شرکت کننده در مطالعه جمع آوری شد و اطلاعات به دست آمده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیروویکس مورد بررسی قرار گرفت که در صورت

جدول ۱- میانگین نمره همدلی بر حسب متغیرهای دموگرافیک به تفکیک دانشجویان سال اول و آخر

تعداد	گروه دو ترم اول		تعداد	گروه دو ترم آخر		آماره آزمون مقدار احتمال	زن
	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار		
۶۸	۷۵/۹۲	۷/۹۶	۷۴	۷۱/۱۶	۹/۲۰	U=۱۷۴/۵, P-Value=۰/۰۰۲	زن
۳۲	۷۵/۲۵	۵/۸۹	۶	۶۸/۵	۵/۸۹	U=۴۱/۵, P-Value=۰/۰۲۶	مرد
۸۹	۷۵/۵۶	۸/۲۴	۵۵	۷۰/۱۴	۸/۹۵	U=۱۶۲۴/۵, P-Value=۰/۰۰۱	مجرد
۹	۷۷/۴۴	۸/۲۳	۲۰	۷۳/۰۵	۹/۳۷	U=۶۵/۰۰, P-Value=۰/۲۵۳	متاهل
۲	۷۴/۵۰	۲/۱۲	۵	۶۸/۰۰	۹/۶۶	U=۲/۰۰, P-Value=۰/۳۸۱	مطلقه

که دارای بیمار مزمن در خانواده بودند به طور معنی دار بالاتر و میزان کاهش آن در سال آخر از نظر آماری معنادار نبود.

همچنین همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، بین نمره همدلی و معدل کل دانشجویان ارتباط آماری معنی داری یافت نشد ($r=0.096$, $p=0.397$). نمره همدلی در دانشجویانی

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره همدلی بر حسب وجود بیمار مزمن یا صعب العلاج در خانواده به تفکیک دانشجویان سال اول و آخر

تعداد	گروه دو ترم اول		تعداد	گروه دو ترم آخر		آماره آزمون مقدار احتمال	وجود بیماری مزمن در افراد خانواده
	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار		
۱۱	۸۲/۲۶	۵/۷۱	۱۰	۸۰/۳۰	۶/۹۶	U=۴۶/۵, P-Value=۰/۵۵۷	وجود بیماری مزمن در افراد خانواده
۸۹	۷۴/۸۹	۸/۰۵	۷۰	۶۹/۳۷	۸/۵۵	U=۲۰۰۳/۰۰, P-Value=۰/۰۰۱	عدم وجود وجود بیماری مزمن در افراد خانواده

بحث

باتوجه به اینکه این سوال همیشه مطرح است که آیا فارغ التحصیلان پزشکی و علوم سلامت در طی تحصیل دچار سخت دلی و بی دردی احساسی و عاطفی می شوند، مطالعه حاضر به بررسی و مقایسه میزان همدلی دانشجویان سال اول و آخر پزشکی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی مشهد پرداخته است. در این مطالعه که بر روی ۱۸۰ دانشجو انجام شد،

تعداد ۱۰۰ دانشجو در دو ترم اول و ۸۰ دانشجو در ۲ ترم آخر مورد بررسی قرار گرفتند. میزان همدلی به دست آمده توسط پرسشنامه جفرسون نشان داد میانگین همدلی در دانشجویان دو ترم اول $۸/۱ \pm ۷۵/۷۱$ و در دانشجویان دو ترم آخر $۹/۰۹ \pm ۷۰/۷۳$ بود و مقایسه انجام شده توسط آزمون های آماری نشان داد، میانگین همدلی در دانشجویان دو ترم اول به صورت معنی داری بیشتر از دانشجویان در دو ترم آخر است ($P < 0.05$)

Value<0/001). به عبارتی با افزایش سنوات تحصیلی همدلی کاهش یافته است.

که این نتایج با مطالعه ی رفعتی و همکاران در سال ۱۳۹۵ (۹) شهاب و همکارانش در سال ۱۳۹۳ (۱۵) و شاشیکومار^۱ و همکارانش در سال ۲۰۱۴ (۱۶) و خلیفه سلطانی و همکاران (۱۰) همخوانی داشت و در این مطالعات با افزایش سنوات تحصیل و تعداد ترم‌های گذرانده شده همدلی به صورت معنی داری کاهش می‌یابد ولی با یافته‌های مطالعه مگلهاس^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۱ در پرتقال با عنوان همدلی در دانشجویان سال اول و آخر رشته پزشکی انجام دادند (۱۲) و شریعت و کیخانی، در سال ۱۳۸۹ که با هدف تعیین میزان همدلی در دستیاران تخصصی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد (۱) و ویلیامز و همکارانش در سال ۲۰۱۵ با هدف مقایسه میزان همدلی بین دانشجویان سال اول و دوم پزشکی انجام دادند (۱۷) همخوانی نداشت. در این مطالعات همدلی را خصوصیتی ثابت شخصیتی و ماندگار توصیف کرده اند. در حالی که تجربیات روانپزشکان حاکی از این موضوع است که با عبور از دوران کودکی، حس همدلی هیجانی جای خود را به همدلی شناختی می‌دهد و در سنین بزرگسالی، افراد حس همدلی خود را بنا بر موقعیت اجتماعی و میزان تحصیلات بروز می‌دهند. از سوی دیگر انسان‌ها با افزایش سن خواهان همدلی بیشتر و شاید دلسوزی بیشتر از از جانب اطرافیان می‌باشند تا این که خود حس همدلی را به سایر افراد ابراز نمایند (۱۸ و ۱۹) همچنین از جمله سایر دلایلی که میتواند دلیل همدلی کمتر در سال آخر به نسبت سال اول باشد میتوان به مواردی نظیر، افزایش استمرار خستگی و استرسهای حین تحصیل، فاصله گرفتن از وضعیت دانشجویی به کسوت متخصص شدن، شرایط آموزشی که توجه کمتری به برقراری ارتباط بر اساس بیمار محوری داشته و بیشتر توجه به انجام تکنیک در ارائه خدمات دارد به عبارتی درس‌های دوره بالینی تاکید بیشتر بر جنبه‌های عملی داشته و کمتر بر مهارتهای ارتباطی تاکید دارند و تکمیل این

معیار جهت قبولی دروس منجر به این می‌شود که دانشجویان بیشتر به درس نگاه عملی کند و به تدریج حس بیمار محوری از بین برود (۲۰). از سوی دیگر برخی مطالعات نشان داده اند که کاربرد لفظ دکتر از ابتدای ورود به پزشکی و دندانپزشکی از طرف اطرافیان و یا همکلاسی‌ها سبب نوعی احساس کسب امتیاز و حس برتری دانشجویان نسبت به بیماران شده و این عامل به تدریج میتواند سبب کاهش حس همدلی شود (۱۸)

از جمله سایر اهداف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه میانگین همدلی دو گروه دانشجویان سال اول و سال آخری بر حسب جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، میانگین درآمد و زندگی با بیماری صعب‌العلاج بود که نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، بین دانشجویانی که در خانواده شان با بیمار مزمن و صعب‌العلاج زندگی می‌کردند میزان همدلی به صورت معنی داری بالاتر از سایر دانشجویان بود. این بدین معنی است که در این گروه از دانشجویان، بدون در نظر گرفتن سال تحصیلی، دانشجویان همدلی بالاتری با بیماران داشتند که این میتواند ناشی از یادگیری استراتژی‌های ارتباطی و ایجاد هم‌حسی و درک مشترک که در طی زمان زندگی با بیمار صعب‌العلاج ایجاد شده است، باشد. همچنین نتایج نشان داد تفاوتی بین میانگین همدلی بر اساس جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، میانگین درآمد مشاهده نشده است.

در مطالعه که خلیفه سلطانی و همکاران در سال ۱۳۹۰ با هدف تعیین میزان همدلی دانشجویان دوره عمومی و تخصصی و دستیاران دندانپزشکی با بیماران انجام شد (۱۰). نتایج نیز بیانگر عدم تفاوت معنی دار بین دانشجویان دختر و پسر در میزان همدلی بود و میانگین نمره همدلی در دانشجویان مذکر و مونث ۸۸/۹۳ و ۸۸/۲۴ به دست آمد همچنین در مطالعه ویلیامز و همکارانش (۱۷) نیز این نتایج تایید شد و بیانگر عدم ارتباط معنی دار بین جنس و همدلی بود ولی این یافته‌ها با نتایج مطالعه شریعت و کیخانی (۱)، توکل و همکاران (۲۱) و شهاب و همکارانش (۱۵) همخوانی نداشت که در این دو مطالعه نتایج نشان دهنده همدلی بیشتر در زنان نسبت به مردان بود. این میزان همدلی بیشتر خانم‌ها نسبت به آقایان میتواند ناشی از تفاوت‌های

¹ Shashikumar

² Magalhães

گذاری متغیر زندگی با بیمار مزمن و صعب العلاج بر نمره همدلی بود و سایر متغیرهای دموگرافیک تاثیری بر نمره همدلی دانشجویان سال اول و آخر رشته پزشکی نداشتند.

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد همدلی دانشجویان پزشکی در انتهای دوره تحصیل کاهش می‌یابد و توسعه همدلی در برنامه‌های آموزشی باید مد نظر برنامه‌ریزان آموزش پزشکی قرار گرفته و سیستم‌های حمایت دانشجو و بهداشت روانی دانشجویان مورد توجه قرار گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود عوامل موثر بر ارتقا همدلی مورد مطالعه قرار گیرد.

ساختار روانی دو جنس مرد و زن و همچنین تمایل صرف وقت بیشتر برای مراقبت و پاسخ دهی بیشتر خانم‌ها در موقعیت‌های احساسی باشد حال آنکه در مطالعه حاضر تفاوت معنی داری بین همدلی بین مرد و زن وجود نداشت.

در مطالعه ای که عزتی و همکاران در سال ۱۳۹۶ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با هدف ارزیابی مهارت همدلی و ارتباط آن با برخی از عوامل دموگرافیک در دانشجویان مامایی انجام دادند (۲۲) نتایج بیانگر میانگین نمره همدلی 80.36 ± 6.01 در دانشجویان بود و همدلی با وضعیت تاهل، رابطه معنی داری نداشت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد که این بیانگر ارتباط همدلی با سایر متغیرهاست به صورتی که در مطالعه حاضر ارزیابی ارتباط میزان همدلی توسط رگرسیون نشان دهنده تاثیر

References

1. Shariat SV, Kaykhavoni A. Empathy in medical residents at Iran University of Medical Sciences. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2010;16(3):248-56.
2. Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. Medical education. 2007;41(7):690-7.
3. Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011;4(3):38-46.
4. Ozcan C, Oflaz F, Bakir B. The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. International Nursing Review. 2012;59(4):532-8.
5. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. Medical teacher. 2012;34(4):305-11.
6. Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH. Assessment of empathy in a standardized-patient examination. Teaching and Learning in Medicine. 1998;10(1):8-11.
7. Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. Journal of Professional Nursing. 2012;28(1):34-40.
8. Afkham Ebrahimi A, Nasr Esfahani M, Saghafi N. Patients' expectations and satisfaction with their treating physician. Razi journal of medical sciences. 2004;11(41):367-75.
9. Rafati S, Rejeh N, Davati A, Foroutani F. Empathic attitudes in medical students: Using of the Jefferson scale of empathy. Med Ethics J. 2016;10(36):25-34.

10. Khalifesoltani F, Nilchian F, Yosefi A, Hosseinpour K. Empathy levels in undergraduate and postgraduate dental students in Isfahan Faculty of Dentistry in 2011. *Journal of Isfahan Dental School*. 2012;753-62.
11. Rahimi-Madiseh M, Tavakol M, Dennick R, Nasiri J. Empathy in Iranian medical students: a preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. *Medical teacher*. 2010;32(11):e471-e8.
12. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC medical education*. 2011;11(1):52.
13. Khademalhosseini M, KHADEMALHOSSEINI Z, MAHMOODIAN F. Comparison of empathy score among medical students in both basic and clinical levels. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2014;2(2):88.
14. Vanaki Z, Parsa Yekta Z, Kazemnejad A, Heydarnia A. Interpretation of support for cancer patients under chemotherapy: a qualitative research. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2003;9(1):53-61.
15. Shahab S, Rejeh N, Nasiri M, Rad RA. Empathy with patients among dentistry students in Tehran. *Journal of Medical Ethics & History of Medicine*. 2014;7(4).
16. Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali V, Bhat P, Srivastava K, Prakash J, et al. Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. *Medical journal armed forces India*. 2014;70(2):179-85.
17. Williams B, Sadasivan S, Kadirvelu A. Malaysian Medical Students' self-reported Empathy: A cross-sectional Comparative Study. *The Medical Journal of Malaysia*. 2015;70(2):76-80.
18. Hashempour MS, Karami MA. Validity and Reliability of the Persian Version of JSPE-HP Questionnaire (Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professionals Version). *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2012;19(2):201-11.
19. Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatria Danubina*. 2015;27(suppl 1):48-52.
20. Fourotani F. The view of medical students of Tehran University of Medical Sciences about empathy with patients in 2014-2. Tehran: Shahed; 2016.
21. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Education for Primary Care*. 2011;22(5):297-303.
22. Ezzati R, Tafazoli M, Mazlom SR, Asghari pour N. Assessment of empathy skills in midwifery students and its relationship with some of the demographic factors. *Nursing and Midwifery Journal*. [Research]. 2018;16(2):139-48.

*Original Article***A comparative study of the level of empathy of Iranian first-year and final-year medical students according Jefferson questionnaire**

Received: 07/11/2023 - Accepted: 01/06/2024

Mehraneh Saghi¹
Nasser Sanjar Mussavi²
Ali Bakhshi Bejestani³
Arezou Farajpour^{4*}

¹ MD, Department of cardiology, Mashhad university of medical sciences, Mashhad, Iran.

² Assistant Professor, Department of surgery, Faculty of Medicine, Mashhad Medical Sciences, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Mashhad Medical Sciences, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of basic sciences, Faculty of Medicine, Mashhad Medical Sciences, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Email:
ar.farajpour@gmail.com

Abstract

Introduction: Doctor-patient relation and mutual understanding lead to positive results such as motivating patients to follow instructions carefully, increasing the quality of care and treatment and improving patient outcomes and reducing costs. On the other way an empathetic approach in the clinical environment can lead to an increase in clinical competence, professional satisfaction, increase in accuracy and feeling of success in treatment, decrease in medical errors in doctors. Therefore, this study aims to investigate the improvement of empathy skills in medical students and seeks to answer the question, do medical students experience emotional pain during their studies?

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on all first and last year students studying medicine in 1401 at Islamic Azad University of Mashhad Medical Sciences Branch. The study tool was the Persian version of the Jefferson Questionnaire, which includes 20 questions on a Likert scale and scores 100-20. After completing the questionnaires, the data was analyzed with SPSS software.

Results: 180 first and last year medical students were examined. The average score of empathy in first and last year students was 75.71 ± 8.1 and 73.73 ± 9.09 respectively, which is statistically significant ($u=275.5$, $P\text{-Value}<0/001$).

Conclusion: Empathy in medical students decreases at the end of the university period, so the development of empathy should be considered in clinical education by medical education planners. Also, student support systems and mental health should be considered.

Keywords: empathy, medical student, final year, Jefferson questionnaire